

ST. VINCENT EVANSVILLE  
3700 WASHINGTON AVENUE  
EVANSVILLE, INDIANA 47750  
(812) 485-4000

# EXAMEN DE IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (IRM)

El paciente debe completar el formulario. Un miembro del personal de enfermería o de la familia puede registrar la información proporcionada por el paciente. Si el paciente no es capaz de proporcionar información, el contacto para situaciones de emergencia del paciente, su familiar más cercano o su representante legal (POA, por sus siglas en inglés) deben proporcionar la información.

Información suministrada por:  Paciente  Familiar  Enfermera/Cuidador  Técnico  Médico

Debido a las fuerzas magnéticas poderosas que se utilizan en una IRM, necesitamos obtener la siguiente información para garantizar su seguridad y realizarle un examen de alta calidad.

Antecedentes quirúrgicos (enumere todas las cirugías): \_\_\_\_\_

### Marque la casilla correspondiente si tiene algo de lo siguiente:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> marcapasos o desfibrilador<br>cardioversor implantable<br>(ICD, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> neuroestimuladores  | <input type="checkbox"/> grapas para aneurisma cerebral, grapas quirúrgicas o embolización quirúrgica |
| <input type="checkbox"/> sondas térmicas   | <input type="checkbox"/> prótesis de oído medio  | <input type="checkbox"/> cámara gastrointestinal tragada recientemente                                |
| <input type="checkbox"/> sacos de inmovilización   | <input type="checkbox"/> catéter de Swan-Ganz o balón intraaórtico de contrapulsación (IABP, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> desfibrilador cardíaco   |

### Informe al departamento de IRM si marcó alguno de los elementos anteriores, ya que, a raíz de esto, podría prohibirse la realización del examen.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> grapas aórticas              | <input type="checkbox"/> fragmentos metálicos en la cabeza, los ojos o la piel   | <input type="checkbox"/> esponjas quirúrgicas que puedan ser detectadas por radiofrecuencia |
| <input type="checkbox"/> válvulas cardíacas           | <input type="checkbox"/> huesos fracturados tratados con varillas metálicas, placas metálicas, clavos, tornillos, clavos, grapas | <input type="checkbox"/> endoprótesis vascular o espiral                                    |
| <input type="checkbox"/> bomba de insulina            | <input type="checkbox"/> audífonos   | <input type="checkbox"/> filtro en la vena cava inferior (IVC, por sus siglas en inglés)    |
| <input type="checkbox"/> parche transdérmico          | <input type="checkbox"/> fistulas  | <input type="checkbox"/> varilla de Harrington  |
| <input type="checkbox"/> electrodos                   |  | <input type="checkbox"/> prótesis o extremidad(es) artificial(es)                           |
| <input type="checkbox"/> municiones de cualquier tipo |  | <input type="checkbox"/> malla metálica   |
| <input type="checkbox"/> DIU                          |  | <input type="checkbox"/> suturas metálicas  |

otros dispositivos (enumérelos): \_\_\_\_\_

¿Es diabético?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido reacciones al contraste previamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Sufre de claustrofobia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Indique sus medidas actuales de: Altura _____	Peso _____

Formulario completado por:  Paciente  Familiar  Enfermero/cuidador  Técnico o médico  
Respondí las preguntas anteriores según mi leal saber y entender. Todas mis preguntas han sido respondidas por mi médico o por el personal de IRM. Por medio del presente, acepto que se me realice un examen de IRM.

Firma de la persona que proporciona la información: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Deshágase de todos los objetos metálicos, incluidos llaves, broches para el cabello, hebillas, joyas, relojes, alfileres de gancho, sujetapapeles, clips para sujetar billetes, tarjetas de crédito, monedas, bolígrafos, cinturones, botones metálicos, navajas de bolsillo y ropa con material metálico. Es obligatorio que los pacientes utilicen tapones para los oídos o audífonos durante el examen de IRM.

### Solo para uso del técnico (Technologist Use Only)

If any implantable devices were checked, please indicate the following:

Manufacturer: \_\_\_\_\_ Name of Device: \_\_\_\_\_ Date Placed: \_\_\_\_\_ 1.5T or 3T

Manufacturer: \_\_\_\_\_ Name of Device: \_\_\_\_\_ Date Placed: \_\_\_\_\_ 1.5T or 3T

I have reviewed the above information with the patient; along with the importance of not moving during the exam, the loud noises associated with the test, and the possibility of a rise in body temperature during the exam. I have instructed the patient to use the squeeze ball if he/she needs anything at any time during the exam.

Metallic Detection Wand Used:  Yes  No  Patient Declined

Technologist Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

